Rok XXXI. Kraków, 14 Maja 1892. Nr. 20.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmuja:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Przyczynek do lekowéj terapii chorób spojówki.

O lekach ściągających.

Podał
Dr. med. Br. Ziemiński,
Ordynator Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

Terapija zewnętrznych spraw zapalnych narządu wzroku, zwłaszcza chorób powiek i spojówki, w zasadzie polega na stosowaniu środków leczniczych, którym dawni farmakolodzy nadawali miano leków ściągających, *adstringentia*.

Krótką wzmiankę o istocie ich działania podałem w wykładzie, wygłoszonym w Sekcyi Okulistycznéj VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.[1]) Praca niniejsza ma na celu obszerniejsze rozwinięcie tego tematu.

Wynik leczniczy działania ściągającego polega na zwalczaniu sprawy zapalnéj, zwłaszcza organów powierzchownie rozpostartych, a to przez bezpośrednie stosowanie właściwego leku na powierzchnię utkania w okolicy chorobą zajętéj. Jakąż jest istota sprawy, sprowadzającéj działanie ściągające? Dopiero badania, w ostatnich czasach ściśle przeprowadzone, były w stanie rozwiązać to zagadnienie, a tem samem sprostować oddawna panujące poglądy błędne pod tym względem. Nasamprzód należy podnieść, iż przy działaniu ściągającem następuje raczéj zgęszczenie aniżeli ściągnięcie się tkanek: im bowiem przypada w całéj téj sprawie więcéj bierny niż czynny udział.

Dla zrozumienia istoty działania ściągającego uprzytomnijmy sobie, jakie środki w tym celu stosujemy. Do adstryngencyjów pierwszorzędnéj wartości zaliczają się kwasy garbnikowe, rozpuszczalne sole tlenku glinu i większéj części metali ciężkich, dalej wiele kwasów w pewnem stężeniu (kwas borowy, kwas octowy, kwas i sok cytrynowy i inne), następnie przetwory, należące do grupy ciał aromatycznych (kwas karbolowy, salicylowy, pyrogalusowy, rezorcyna, naftol i t. p.), nadto wyskok, wreszcie z grupy alkaliów: boraks i woda wapienna, która, prócz innych stron dodatnich, posiada i niepoślednie własności t. zw. ściągające.

W tem zestawieniu napotyka się różnorodne związki chemiczne. Jakiż jest łącznik, rozstrzygający o istocie ich działania? Jest nim wytwarzanie się substancyi nierozpuszczalnéj w warstwach powierzchownych utkania. Ona to otacza komórki i wnika między nie, odpycha ciecze zawarte w tkankach, zatem działa osuszająco; stawia zaporę wciskaniu się niższych drobnoustrojów do tkanek, nadto sprowadza pewne napięcie lub pewien ucisk z powierzchni na tkanki, w ten sposób przeciwdziała skutkom sprawy zapalnéj, nowotworzeniu się komórek, obrzmieniu i rozpulchnieniu, przekrwieniu, wzmożeniu się sprawy wydzielniczéj i innym objawom.

Przy obnażeniu skóry właściwéj (miazdry) błona wrzekoma, w ten sposób utworzona, zastępuje braki w naskórku, osłaniając i ochraniając tkanki obnażone.

Nie ulega wątpliwości, że wytworzenie się istoty nierozpuszczalnéj — nie zaś zwężenie naczyń, nie ściągnięcie tkanek, jak to dawniéj błędnie sądzono — stanowi istotę działania ściągającego. Wszakże nieraz w praktyce, chcąc działać ściągająco, zalecamy prócz leków wymienionych również substancyje, które, choć jako takie są zupełnie nierozpuszczalne, jednak dzięki drobnemu sproszkowaniu, po roztarciu z wodą, można stosować w postaci zawiesiny (n. p. tlenek cynku, azotan bismutu zasadowy i inne). Tego rodzaju leki działają li-tylko mechanicznie, mianowicie tak, jak to wyżéj podano, t. j., że w warstwie nierozpuszczalnéj otaczają (pokrywają) komórki i między nie wnikają. Lecz skutki takiego działania nie są ani wydatne, ani trwałe, gdyż cząsteczki nierozpuszczalne niebawem zostają zmyte. Skutek będzie też znacznie wydatniejszym, skoro damy wytworzyć się substancyi nierozpuszczalnéj na miejscu działania leku, t. j. w warstwach powierzchownych utkania.

[1]) Br. Ziemiński: Antiseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu, jako środek przeciwgnilny. „Przegląd Lekarski" 1891, Nr. 35—38.

W mowie będąca istota nierozpuszczalna wytworzyć się może w pierwszym rzędzie kosztem białka, zawartego w samychże tkankach (cieczy tkankowéj i komórkach). Środek ściągający albo daje przy zetknięciu się z białkiem połączenie nierozpuszczalne, tak się rzecz ma, gdy stosujemy kwasy garbnikowe i sole metali, albo też środek ściągający ma własność ścinania białka rozpuszczonego, względnie żywotnego (*das lebende Eiweiss*), tak działa większość wyżéj podanych przetworów z grupy ciał aromatycznych, tudzież wyskok. W obu przypadkach białko żywotne, o ile uczestniczy w całej sprawie, ulega martwicy (obumiera), wszelkie w ten sposób działające *adstringentia* są zatem w rzeczy saméj żźeradłami, środkami żrącemi (*caustica*). W praktyce atoli nie mówimy w tym razie o działaniu żrącem, gdyż obumarcie powierzchownych warstw tkanek następuje w tak małym rozmiarze, że utrata substancyi nie zwraca na się uwagi, natomiast dobitnie uwydatniają się te wyniki całéj sprawy, które wywolują działanie ściągające.

Ściśle rzeczy biorąc, między działaniem ściągającem a żrącem zachodzi tylko różnica pod względem stopnia: w obu razach cała sprawa zwykle odbywa się kosztem białka, zawartego w tkankach. Nieraz też oba te działania mogą występować w jakiejś okolicy obok siebie. Jest to niezmiernie ważnem, gdyż często zależy nam, aby w pewnéj okolicy skombinować działanie żrące ze ściągającem, t. j., zniszczyć tkankę wybujałą a wątłą, jednocześnie zaś ściągająco podziałać na warstwy sąsiednie utkania, uległe sprawie zapalnéj. To mając na celu, musimy stosować tego rodzaju środki żrące, które w małéj ilości działają ściągająco, zatem leki, które wytwarzają z białkiem żywotnem istotę nierozpuszczalną, o znacznym stopniu skupienia, i pozostają w ścisłem spojeniu z tkankami. Pierwowzorem tak działającego leku jest kamień piekielny, który stosujemy bądź to w laseczkach, bądź też w rozczynie.

Właściwie, działanie ściągające wówczas tylko występuje, gdy wytworzona warstwa nierozpuszczalna nie odrazu się oddziela i wydaloną zostaje, lecz przez czas pewien zachowuje łączność z tkankami. Pod tym względem do pewnego stopnia nader odmiennie zachowują się związki białka z różnemi solami metali, ztąd też nie wszystkie sole metaliczne nadają się do osiągnięcia działania ściągającego

Stosując w mowie będące leki, zawsze należy przestrzegać i baczyć przy dozowaniu — zwłaszcza wobec czułych i wrażliwych błon śluzowych —, aby zamiast działania ściągającego nie osiągnąć żrącego. Łatwo bowiem może zdarzyć się, iż zamiast pożytku zamierzonego wyrządzi się choremu znaczną szkodę.

Gdzież tkwi przyczyna tych lub owych skutków rozczynów różnych środków ściągających, miejscowo zastosowanych, n. p. soli różnych metali ciężkich. Wiadomo, iż tlenki tych metali przy zetknięciu się z błoną śluzową wytwarzają białkany metalowe, obdarzone szczególnemi własnościami, podczas gdy oswobodzony kwas również sprowadza ze swéj strony zmiany w tkankach. Otóż, nasilenie działania jest tu zależnem od właściwości powstałych białkanów metalicznych, a nie mniej i od ilości, tudzież od jakości kwasu, który się oswobodził przy tym procesie chemicznym. Jeżeli kwas jest mniéj żrący oraz w mniejszéj ilości został wydzielony, a połączenie białka odznacza się względnie gęstym stopniem skupienia, wówczas strup ztąd wynikły stawia zaporę głębszemu wnikaniu przetworu stosowanego tak, że przyżeganie ogranicza się do części powierzchownych tem bardziéj, że kwas w małéj ilości oswobodzony zostaje wessanym lub spłókanym. Pierwowzorem w ten sposób ściągająco działającego leku jest octan ołowiu zasadowy, jeśli go się nie stosuje w ilości nadmiernéj. Inne ważniejsze sole tlenków metali, pod względem działania ściągającego i żrącego, zajmują miejsce pośrednie między związkami ołowiu i związkami rtęci. Porządek, w jakim należałoby je ugrupować, zależy *ceteris paribus* głównie od stopnia ich rozpuszczalności, tudzież od jakości kwasu, wchodzącego w skład związku chemicznego. Pierwsze miejsce, co do energii działania, należy się rozpuszczalnym chlorkom metali, jako to sublimatowi, chlorkowi cynku. Poza niemi grupują się azotany (n. p. azotan srebra). Trzecie dopiero miejsce zajmują siarczany (n. p. cynku, miedzi).

Te przyczyny odmiennego działania soli tlenków różnych metali wyjaśniają poniekąd wyniki doświadczenia klinicznego, które wykazują, n. p. iż o ile azotan srebra jest skutecznym w śluzotoku i w ostrych sprawach zapalnych spojówki, o tyle sublimat, stosowany w odpowiednim rozczynie, znakomicie działa w postaciach chronicznych jaglicy, a kwas borowy, boraks, octan ołowiu, siarczan cynku, siarczan miedzi i tannina wywierają wpływ pomyślny na postacie przewlekłe zwykłego nieżytu błony śluzowéj oka.

Zdarza się spostrzegać przypadki dyfteryi spojówki, w których ani słabsze, ani nawet stężone roztwory sublimatu (aż do 1%), ani wcieranie w powierzchnię spojówki maści, zawierającéj rtęć lub jéj przetwory, ani też leki łagodniejsze, jako to pędzlowanie błony śluzowéj oka sokiem, wyciśniętym z cytryn, albo też, co zwykle okazywało mi się najskuteczniejszem, częste i obfite zmywanie powierzchni spojówki $^{1}/_{10}$% roztworem trójchlorku jodu, w braku zaś tegoż wodą chlorową, nie wywierały skutku pożądanego. W tych razach kilkakrotnie stosowałem wodę wapienną (*Aqua calcariae*, nasycony rozczyn wodanu wapna [t. zw. wapna gaszonego]) z widocznie pomyślnym wynikiem. Woda wapienna jest jednym z nielicznych leków ściągających, który nigdy nie działa żrąco, a tworzy w miejscu stosowania istotę nierozpuszczalną i to nie kosztem białka żywotnego, nie kosztem pierwiastkow komórkowatych utkania, lecz kosztem ciał tłuszczowych oraz kosztem kwasu węglowego, zawartych w tkankach. Nadto, woda wapienna posiada nieocenioną własność, iż przyczynia się do oddzielenia tudzież do rozpuszczenia błon dyfterytycznych. Woda wapienna znakomicie rozpuszcza mucynę, która zlepia i spaja cząsteczki drobniuteńkie włóknika w zbitą masę galaretowatą i takową zczepia z powierzchnią błony śluzowéj. Skoro mucyna się rozpuści, wówczas i błona wrzekoma odczepia się, a wreszcie rozpuszcza. Następuje jéj rozpad na cząsteczki drobniuteńkie włóknika, które mucyna uprzednio w łączności utrzymywała. Obok tego woda wapienna może wywierać wpływ ściągający na błonę śluzową. Jest to więc jedyny lek ściągający, który zarazem rozpuszcza śluz. Inne alkalia i chlorki rozpuszczają śluz, lecz nie działają prócz tego ściągająco. Inne zaś adstringentia, np., sole metaliczne i sole glinu działają ściągająco, lecz nie rozpuszczają śluzu. Wreszcie woda wapienna ma tę ważną zaletę, iż stosując ją, nie potrzebujemy się obawiać, aby działanie ściągające mogło przejść w żrące, aby ten lek wywołał podrażnienie zapalne, gdyż rozpuszczalność wodanu wapna jest niewielką, zresztą rozczyn nasycony łatwo rozcieńczyć.

Już wyżéj wspomniałem o działaniu pomyślnem sublimatu na pewne postacie jaglicy. Toż samo zdanie wygłosiłem na 2-giem posiedzeniu ostatniego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie podczas dyskusyi, jaka wywiązała się po wybornym referacie, opracowanym przez Dra Sroczyńskiego, na temat: „O leczeniu jaglicy“ [1]). Najmocniéj jestem przeświadczony o skuteczności tego leku w odpowiednich przypadkach jaglicy. Niestety! skutkiem nie uwzględniania wskazań do stosowania go, przetwór ten przez wielu okulistów najniesłuszniéj bywa pomijany w szeregu leków przeciwjagliczych. Dziwnem to się zdaje, już bowiem w drugiéj połowie przeszłego stulecia z wielkiem powodzeniem stosowano w chorobach przewlekłych spojówki t. z. Aqua Conradi — jest to po prostu rozczyn sublimatu 1:4000. Następnie zalety jego wychwalali tacy jak Scarpa i Buzzi. Potem popadł on w zapomnienie, aż dopiero po roku 1870 kilku belgijskich i francuskich okulistów (Romiée, Dujardin), a za nimi Reich, Michel, Adamiuk i cała prawie szkoła okulistyczna we Włoszech (Debenedetti, Silvestri, Guaita, Staderini, Peschel), a u nas Wicherkiewicz składali dowody coraz liczniejsze co do skuteczności sublimatu przeciw jaglicy. Orzeczenia sprzeczne innych okulistów powstały, sądzę, skutkiem nieumiejętnego stosowania tego przetworu, skutkiem tak zwykłéj skłonności u przedstawicieli wszystkich gałęzi terapii, mianowicie, skutkiem dziwnéj dążności do poczytywania zrazu leku świeżo zaleconego za „panaceę,“ za lek powszechny i cudowny, a stąd koniecznie wynikającego porzucania na razie środków, które jednakowoż, po bliższem zbadaniu, wykazują zalety niewątpliwe, jeśli się je tylko właściwie stosuje. Wiele też przyczyniła się do mało pochlebnéj oceny skuteczności sublimatu w chorobach ocznych i ta okoliczność, że do ostatnich czasów farmakolodzy mało zastanawiali się nad działaniem tego przetworu specyjalnie na błonę śluzową oka.

Wyniki badań farmakologicznych co do działania sublimatu na błony śluzowe przeważnie otrzymywano na podstawie objawów, jakie ten przetwór wywołuje przy zetknięciu się z błoną śluzową żołądka. Nie uwzględniano różnic tu zachodzących, zapomniano choćby o tem, że to zetknięcie znacznie dłużéj trwa w żołądku, aniżeli w worku spojówkowym [2]). Wielu też okulistów, już a priori sądząc, usunęło sublimat ze swego arsenału leczniczego w sprawach zapalnych powierzchni oka: obawiano się następstw szkodliwych stosowania tego leku na tak, zdawało by się, wrażliwą błonę śluzową, jak spojówka. Inni lekarze oczni, zapatrujący się bardziéj postępowo na istotę wspomnianych spraw chorobowych, kładąc nacisk szczególny na ich pochodzenie zakaźne, zrazu z wielkim zapałem chwycili się stosowania sublimatu, mieli bowiem głównie na uwadze tylokrotnie stwierdzone własności bakteryjobójcze tego przetworu. Lecz tu spotkał ich zawód najmniéj oczekiwany. Sublimat nietylko nie był w stanie wyrugować azotanu srebra, siarczanu miedzi i innych dotąd w użyciu będących leków, lecz nawet pomocniczo stosowany po większéj części pogarszał stan chorobowy i to w tak wybitnie zakaźnych cierpieniach, jak śluzotok, nieżyt spojówki i świeże postacie ostrego trachoma. Wyniki takie ostatecznie i na długo zachwiały sąd pochlebny, zdawna wygłaszany przez pojedyńczych klinicystów o skuteczności sublimatu w chorobach ocznych.

Jak to się nieraz zdarza, wzięto fakt oderwany, niewątpliwie stwierdzone własności bakteryjobójcze sublimatu, przekonano się, iż tenże sublimat okazał się bezskutecznym, ba, nawet szkodliwym w chorobach pochodzenia wyraźnie zakaźnego, w chorobach powstałych skutkiem zagnieżdżenia się bakteryj w worku spojówkowym. Nastąpiło rozczarowanie a zarazem na długo przestano szukać przyczyn tak niespodziewanych, a niepomyślnych wyników.

Zapomniano o ważnem w tym względzie orzeczeniu Roberta Kocha. Stwierdził on, iż sublimat wywiera wpływ wydatnie odkażny, ale tylko w rozczynach wolnych od ciał białkowatych. Dobitnie o tem przekonać się można, stosując sublimat na powierzchnię ran: w tym przypadku większa część użytego przetworu pozostaje bez wszelkiego działania skutkiem szybko powstającego połączenia się sublimatu z ciałami białkowatemi. Otóż właśnie w wspomnianych ostrych cierpieniach spojówki, które mogą być poczytane za prototyp spraw chorobowych téj błony, nacechowanych wytwarzaniem się wydzieliny nader obfitéj, sublimat napotyka nadmiar ciał białkowatych, z którymi tworzy związki, a w ten sposób traci główne swoje własności odkażne. W świeżych postaciach ostréj jaglicy jest też wydzielina obfitsza, nadto zaś przestwory w utkaniu obrzmiałem wypełnione bywają cieczą, obfitującą w ciała białkowate. To są powody dostateczne, aby własności bakteryjobójcze sublimatu zostały znacznie uszczuplone, a nawet w zupełności zatracone.

Ściśléj zastanawiając się nad własnemi spostrzeżeniami tudzież nad staranniéj zredagowanemi opisami innych klinicystów, śmiało rzec możemy, iż s u b l i m a t z a z w y c z a j b y w a n a d e r s k u t e c z n y m p r z e c i w j a g l i c y o k a z t e m z a s t r z e ż e n i e m, ż e s i ę g o s t o s u j e t y l k o w p r z y p a d k a c h z a d a w n i o n y c h, p o w i k ł a n y c h z c i e r p i e n i a m i r o g ó w k i, a n i e w y k a z u j ą c y c h o b f i t s z é j w y d z i e l i n y z e s p o j ó w k i. W tych przypadkach, które nieraz źle znoszą zarówno lapis, jako też i kamień siny, sublimat święci tryumf zasłużony.

Jeżeli tylko chory może być pod okiem lekarza, najwłaściwszem będzie codzienne zmywanie powierzchni spojówki, a następnie nacieranie spojówki powiek odwróconych kawałkami waty, namoczonemi w rozczynie, zawierającym sublimat tudzież chlorek sodu. Zwykle rozpoczyna się od słabszych rozczynów (1 : 10000), stopniowo zaś można przejść do bardziéj stężonych, aż do $^1/_5\%$. Łatwo stwierdzić, iż w tym razie nawet stężone rozczyny sublimatu zwykle wywołują stosunkowo małe podrażnienie. Jak silnie należy nacierać powieki, o ile energicznym ma być taki masaż? trudno oznaczyć. Wszak niewiele jest równie skutecznych metod leczenia, gdzie by tyle zależało na nabytem doświadczeniu i umiejętnem indywidualizowaniu pojedyńczych przypadków, jak to ma miejsce przy wszelkim masażu, zwłaszcza przy masażu oka.

Skoro już wiadomo, że wpływ pomyślny sublimatu na wyżéj podane postacie jaglicy nie może w tym razie polegać li tylko na jego własnościach wydatnie bakteryjobójczych, należy szukać wyjaśnienia przyczyn skuteczności tego przetworu w innéj jego własności, mianowicie nie zapominajmy, iż ten środek, stosowany w rozczynach odpowiednich, jest lekiem ściągającym, sublimat działa tu analogicznie, jak

[1]) Patrz: Sprawozdanie z Zjazdu, umieszczone w Kronice Lekarskiéj z r. 1891, Nr. 9. str. 569. — [2]) Rozumie się, o ile, po zakropieniu sublimatu do worka spojówkowego, nie nakłada się opatrunku, a tem samem nie utrudnia odpływu wydzieliny.

i inne ściągające sole metaliczne. Na czem polega działanie ściągające? Jak dalece różnie zachowują się w tym względzie pojedyńcze przetwory tej grupy? Skąd wynikają te różnice farmakodynamiczne? Staraliśmy się w pracy niniejszej wyjaśnić, mając głównie na celu wyjaśnienie mało lub opacznie tłumaczonych wyników empiryi klinicznej w zakresie lekowej terapii chorób spojówki.

II. Z zakładu fizyjologicznego w Berlinie (oddziału histologicznego prof. Fritscha).

Przyczynek do histologii zębiny z podaniem nowej metody sporządzania preparatów z zębów i kości.

Podał

Dr. W. Łepkowski,

b. asystent klin. chirurg. Uniw. Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 19).

Aby dać pogląd, jakie dziś istnieje wyobrażenie i zapatrywanie o przebiegu i zachowaniu się kanalików w dentynie, dalej o jej strukturze, powołuję się li tylko na pracę Ebnera, aby porównawszy z preparatami robionemi za pomocą wyż podanej metody, tem łatwiej módz zwrócić uwagę na różnicę, jaka jest między opisem zębiny zrobionym według preparatów szlifowanych i odwapnianych kwasem solnym, a preparatów, o których powyżej mowa.

Kanaliki przebiegają od jamy miąższu śródzębowego ku cementowi a względnie ku szkliwu. Kierunek ich jest w korzeniu prostopadły do osi korzenia, a idąc wyżej do korony pochylają się coraz to bardziej pod rozwartym kątem ku tejże osi, aż nareszcie kanalik stanowi jej przedłużenie. Jeżeli śledzimy kanalik zębowy, to po największej części można widzieć, że on szczególniej w korzeniu nie zdąża wprost ku cementowi, ale przebiega w kształcie litery S. Większa ilość takich kanalików esowato na znaczniejszej przestrzeni zakręconych stanowi zbitą w tem właśnie miejscu masę o bardzo ładnym jedwabistym połysku, w której Retzius 200 kanalików na jednej linii narachował. Robiąc większą ilość preparatów szlifowanych z różnych zębów, przekonałem się, że nie w każdym zębie kanaliki jednakowo przebiegają. Są zęby, gdzie kanaliki te wężykowato kręcą się na całej przestrzeni, a wtedy to zauważyć można, że kanalik taki bywa mniej rozgałęziony. Często także napotykamy innego rodzaju nieprawidłowości, jak np. zdarza się, że na szlifie jest miejsce nawet o większej przestrzeni, gdzie kanalików zupełnie nie ma, a naokoło tego miejsca w zbitszej przebiegają masie. Są to wszystko obrazy nierównomiernego wapnienia dentyny tak, że przedstawićby sobie można, że wapno wtłacza się niejako między kanaliki i w jednem miejscu je rozsuwa, w drugiem zacieśniając. Najlepszym tego dowodem jest ilustracyja fig. 4 tablicy, gdzie widzimy w kilku miejscach czarną zbitą masę kanalików zębowych, w której niestety na fotografii nie można rozróżnić pojedynczych kanalików, lecz widać, że one w tą ciemną masę wchodzą i dalej z niej wychodzą. Pod drobnowidem w silniejszem powiększeniu w tej ciemniejszej przestrzeni pojedyncze kanaliki nawet rozróżnić można. Jak przy nienormalnym przebiegu kanalików wężykowatych, tak i tu spostrzegać można, że kanaliki takie wcale nie, albo tylko mało się rozgałęziają.

Kanaliki zębowe są od strony miąższu śródzębowego zawsze grubsze, gdy od strony cementu wydają się być delikatniejszemi. Ich średnica według Köllikera wynosi 1·3—1·5 μ. Ścianki ich składają się według Neumanna z złogów wapna, według innych zaś z tkanki łącznej.

Jeżeli się przypatrujemy kanalikom zębiny na preparacie szlifowanym, widzieć dokładnie można, że kanaliki te mają jak gdyby przebieg rozgałęziających się naczyń. Z razu wychodzi od strony miąższu śródzębowego jeden pień, który się w pewnem oddaleniu częstokroć, chociaż nie zawsze dzieli na dwa kanaliki, które oddają na obydwie strony gałązki, na szlifowanym preparacie zwykle spiczasto zakończone i niezbyt długie. Rozgałęzienie to w pośrodku zębiny mniej uwydatniają się w koronie, a więcej w części korzenia. Na granicy szkliwa rozgałęzienia te drobne są widoczne i często tu i ówdzie napotykamy gałązkę przez tą granicę przechodzącą między pryzmaty szkliwa. Gałązka taka kończy się w niezbyt dalekiej odległości od granicy zębiny, a zakończenie to nie jest spiczastem lecz pałeczkowatem. Zwraca na to uwagę Ebner nadmieniając, że granica między szkliwem a dentyną nie jest nigdy równą lecz falowatą. To samo znalazłem na preparatach podłużnego szlifu korzenia, gdzie widać jakby papile zagłębiającej się ku cementowi dentyny. W korzeniu kanaliki zębowe bogatsze są znacznie w rozgałęzienia, bo też dentyna uboższą jest w części nieorganiczne. Jakby ciałka drobnych naczyń tak kanalik na obydwie strony oddaje mnóstwo gałązek, które czy między sobą anostomozują w przebiegu przez zębinę widzieć dokładnie nie można, a Ebner pisze, że te odchodzące gałązki w części tylko anastomozują, w części jednak widzimy je nie łączące się ze sobą, nadające podług Ebnera piórkowaty charakter kanalikowi.

O zakończeniach kanalików zębowych na granicy cementu mówi, że takowe gubią się między pustemi przestworami *(Intraglobularräume)*, widać jednak, że część ta jest pod względem kanalików więcej zbitą i w tem właśnie miejscu posiadają więcej rozgałęzień.

Pod względem pustych przestworów panuje w literaturze anatomii drobnowidowej zębów kompletne zamięszanie. Na to jednak zgadzają się wszyscy, że rozróżniać należy większe przestwory puste, które mają się znajdować w pewnej odległości od cementu, mają kształt nieregularny, tworząc przestwory o konturach półokrągłych, przedstawiając się jako wypełnione powietrzem, ściśle ograniczone miejsca.

Drugim rodzajem pustych przestworów jest tak zwana warstwa ziarnista Tomesa *(granular layer* Tomes). Warstwa ta widoczną jest prawie na każdym preparacie, gdy ten pierwszy rodzaj pustych przestworów wydaje mi się być rzadkością, bo na całą ilość zębów szlifowanych zaledwie w jednym coś podobnego znalazłem.

Pierwszy i drugi rodzaj tłomaczę sobie jako niedokładne zwapnienie dentyny, uważając ząb taki jako chorobowo dotknięty, mający w sobie przestwory puste z pewną predyspozycą do próchnicy. Obecnością zresztą tych pustych przestworów i ich znaczeniem zajmowali się: Czermak, Kölliker, Wedl, a rezultat tego wszystkiego jest, że przestwory puste, a mam tu na myśli głównie przestrzeń ziarnistą Tomesa, na granicy między zębiną a cementem się znajdują, a znaczenie ich dotąd niejasne i zagadkowe. Widzieć je tylko można na preparatach szlifowanych, gdy na odwapnionych brzytwą lub mikrotomem ciętych nie ma

o nich mowy. W podręczniku Józefa Metnitza[1]) znajdujemy rysunek dentyny z pustemi przestworami i tak dokładny opis, którego nigdzie więcéj nie napotykam, że w tych przestworach na świeżym preparacie znajduje się masa podobna do odwapnionéj zębiny tak zwana chrząstka zębowa, struktura jéj jest ta sama co zębiny, ponieważ widać wyraźnie kanaliki zębowe tamże przebiegające. O czemś podobnem nie znajduję ani wzmianki u Ebnera, który tak dokładnie literaturę uwzględniał, więc sprawę tę, którą Metnitz pomieścił, o ile mi się zdaje, pominąć można.

Zestawiwszy tak mniéj lub więcéj pokrótce to, co do téj chwili na podstawie szlifowanych i odwapnianych preparatów widzieć się dawało, nadmienię to, co zauważyłem przeglądając preparaty robione podaną metodą, popierając swoje twierdzenia w głównych zarysach światłodrukami, wykonanemi według fotografii z preparatów.

Fig. 1 stanowi szlif zęba poprzeczny, a obraz jéj jest to właśnie granica między cementem a dentyną. Fig. 2 jest cięcie przez ząb trzonowy także korzenia, odwapnionego kwasem mrówkowym i równocześnie jednoprocentowym roztworem chlorku złota zabarwionego. Na preparacie szlifowanym rozgałęzienia kanalików przedstawiają się nieco odmienniéj niż na drugim. Tu kanaliki rozgałęziają się, tworząc maleńkie niteczki śpiczasto się kończące, co widać pod silniejszem powiększeniem. Na granicy między cementem a zębiną gubią się w większéj części w ciemnéj masie ziarnistych przestworów Tomesa. Jeżeli spoglądniemy przez silniejsze powiększenie na fig. 2, śledząc pojedynczy kanalik, to widzimy go ciemno niebiesko zabarwionym, oddającym bardzo liczne gałązki albo raczéj pęczki, tem liczniejsze, im bliżéj znajdują się granicy cementu, które podobnie się przedstawiają jak gałązka ciernia lub głogu, któréj kolce nie są ostro zakończone. Fig. 3 tablicy przedstawia kilka kanalików zębiny pod imersyjnem powiększeniem $^1/_{12}$ (Zeissa). Światłodruk sporządzony jest według rysunku zdjętego z preparatu z fig. 2. Gałązki te między sobą w niektórych miejscach anastomozują, co wyraźnie na preparatach widać. Anastomozy te jednak są najsilniejsze i najczęstsze idąc ku granicy cementu. W niewielkiéj odległości od jamy miąższu śródzębowego widać, że kanaliki się dzielą i następnie równolegle obok siebie przebiegają. Nagle tuż przed dojściem do granicy cementu z kanalików tych wybujają rozgałęzienia znaczniejsze w formie sosenek, których wierzchołek dochodzi do saméj granicy cementu. Rozgałęzienia sosenkowate są tak znaczne i wyraźne, że tworzą na preparacie jakby zupełnie odrębną warstwę kanalików ciemno zabarwionych. Że rozgałęzienia te tu właśnie w tem miejscu anastomozują, to nie ulega wątpliwości, ale jakie znaczenie ma ta warstwa, mogę tylko czynić przypuszczenia, stawiając ją w ścisłym związku z warstwą ziarnistą Tomesa.

Wykonywając cały szereg preparatów szlifowanych, śledziłem w jakim właściwie związku znajdują się przestwory te puste z kanalikami zębowemi. Fig. 1. będzie na to najlepszą odpowiedzią. Widzimy na niéj mniéj lub więcéj w środku pola widzenia kanalik zębowy, wchodzący do przestworu pustego, stanowiący z nią jednę całość, przemawiający za tem, że ten pusty przestwór nie jest niczem innem, jak tylko rozszerzonym kanalikiem. W temże samem miejscu na przekroju barwionym złotem i odwapnionym kwasem mrówkowym widać ciemne miejsca, które tu wyraźnie się przedstawiają jako kanaliki rozszerzone i rozgałęzione, podobnie jak żyły w zatokach (*sinus*) zlewające się między sobą. Wydaje mi się trafnem przypuszczenie w obec tego zestawienia, że przestrzeń ziarnista Tomesa, że owe w niéj puste przestworki nie są niczem innem jak tylko rozszerzonemi kanalikami. Ich ścianki przy szlifowaniu ścięte zostały, a one były ochronną warstwą dla takiéj zatoki, stanowiącéj punkt zejścia różnych gałązek z różnych kanalików. Skoro zaś ścianki owe usunięte zostały, powstaje przestrzeń pusta na suchym szlifowanym preparacie wypełniona powietrzem, która nie ma żadnego związku z niedokładnem zwapnieniem zębiny. Jeżeli się przegląda preparat szlifowany, to widzieć można, że ta granica ziarnista Tomesa niejednakowo się przedstawia naokoło całego przekroju korzenia, w jednych miejscach jest ona szerszą i przestronniejszą, w drugim węższą a nawet zupełnie niknącą na tymże samym preparacie. To samo spostrzedz można w sosenkowatéj warstwie preparatów złotem barwionych. Może i to więc byłoby także dowodem, że warstwa sosenkowata albo powiedzmy warstwa zatok i warstwa ziarnista Tomesa są ze sobą identyczne. Chcąc się przekonać, czy sprawa ta daje się przeprowadzić i uogólnić, zrobiłem przekrój z długiego przedniego zęba świnki morskiéj, która, jak na fig. 5 widać przy silniejszem powiększeniu wyraźniej, ma też samą warstwę sosenkowatą co ząb ludzki. Przeciwko téj hipotezie przemawiać może tylko nieco odległe umieszczenie warstwy sosenkowatéj od saméj granicy cementu. Może jest ta warstwa naznaczonym zwojem (*lamella*) zęba. Prawie zupełnie identyczny rysunek ostatniemi czasy wykryto w preparatach szlifowanych zębów słonia, gdzie na przejściu ze zwoju do zwoju sosenkowatą warstwę widzieć można.

Jak nie na każdym szlifie zęba można widzieć warstwę ziarnistą Tomesa, tak też nie na każdym preparacie warstwę sosenkowatą można spostrzegać. Zależy to widocznie od tego, jak padł ten szlif, czy płaszczyzną swoją objął tę warstwę, czy też padł poniżéj lub powyżéj, gdzie się ta warstwa nie znachodziła.

Pytanie, co się właściwie znajduje w kanalikach zębowych, nie może być tak łatwo rozstrzygnięte. O ile z opisanego rozłożenia ich w zębinie wnioskowaćby można, znajdować się tam musi nie substancyja stała ale płynna, która może krąży w kanalikach, bo gdyby była stałą, na co potrzebneby były te zatoki, te anastomozy, jakie na granicy pomiędzy cementem a zębiną znajdujemy. Jakąkolwiekbądź ona jest, sądzę, że jedynie chemiczne reakcyje na plasmy i białka, jeżeli się takowe dadzą pod mikroskopem przeprodzić, jéj jakość i rodzaj rozpoznaćby mogły.

Faktem jest, jak to już w opisie metody nadmieniłem, że zęby świeże, dopiero co wyjęte i zaraz badane, barwią się daleko łatwiéj i regularniéj. Zęby stare, dawno wyjęte barwią się wprawdzie, ale niedokładnie, częściowo i to najbardziéj w częściach odległych od powierzchni, a więc nie mogących tak łatwo wyschnąć. Czy więc podana metoda robienia preparatów za pomocą odwapnienia kwasem mrówkowym, z równoczesnem zabarwieniem chlorkiem złota rzeczywiście barwi tkankę w kanalikach zawartą, czy też tylko mamy do czynienia ze złogami złota metalicznego w kanalikach, na to porównanie takich dwóch kanalików, t. j. zęba świeżego i zeschłego najłatwiéj odpowiedzieć może.

[1]) Josef v. Metnitz: *Handbuch der Zahnheilkunde*. Wien 1891, str. 35.

Ostatnia figura przedstawia jedną płytę zęba trzonowego świnki morskiéj, traktowanego tą samą metodą. I tu kanaliki wyraźnie się zabarwiły i dają możność rozpatrywania budowy w najdokładniejszych jéj odcieniach. Sądzę, że tym sposobem technika drobnowidowego badania kości i zębów zostaje znacznie ułatwioną, gdy z dokładnością szlifowanych preparatów z zabarwionemi kanalikami, z możnością krajania mikrotomem badanego materyjału, dział ten badań w dziedzinie drobnowidowéj anatomii zębów i kości bardzo przystępnym się staje.

Pod koniec niech mi wolno będzie W. Panu prof. Fritschowi, w którego laboratoryjum pracę niniejszą wykonałem, jako i docentowi Dr. Bendzie, pod którego kierunkiem pracowałem, wyrazić moje jaknajgłębsze podziękowanie.

III. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza.

O pasorzycie zimnicy.

Studyjum kliniczno-etyjologiczne.

Napisali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

(Dok. Patrz Nr. 19.)

Według Kelscha podczas napadu ilość ciałek białych znacznie się zmniejsza i to znaczniéj jeszcze niż ciałek krwi czerwonych tak, że stosunek pozostaje 1—2 na 1000. Wogóle według niego z powiększaniem się obrzęku śledziony zmniejsza się ilość leukocytów, a ze zmniejszaniem się jego wybitnie się zwiększa. Według naszych obserwacyj z twierdzeniem Böckmanna zgodzić się nie możemy. Przeciętnie biorąc nie uważaliśmy wybitniejszych zmian stosunku ciałek białych do czerwonych (D. Pury 1 : 463).

Zajmując się badaniem plasmodium co się tyczy jego istnienia we krwi, jego rozwoju i warunków pod jakiemi się w naszych przypadkach pojawiał, nie poprzestaliśmy tylko na tem, lecz staraliśmy się również śledzić pod mikroskopem jego zachowanie się pod wpływem zadawanych leków i szybkość, w jaki one pasorzyty zabijały.

Z pomiędzy przypadków przez nas obserwowanych opuściły szpital trzy bez żadnego leczenia. To znaczy, że plasmodyja ginąć mogą a tem samem i napady zimnicy ustają bez jakiegokolwiek leczenia. W tych trzech przypadkach, które przebiegały z dreszczami silnemi i wykazywały we krwi liczne plasmodyja, zniknęły pasorzyty zupełnie bez użycia żadnego środka, a napady ustały i prawdopodobnie nie powróciły, ponieważ chorzy mając zalecone, aby w razie powrócenia się ponownego zimnicy znów się do szpitala zgłosili, dotąd tego nie uczynili.

Lekami, do których nasze obserwacyje się odnoszą, były: chinina, błękit metylenu, kwas salicylowy, salicylan sodowy, antipiryna i antifebryna.

Najwybitniejsze z pośród nich zajmuje miejsce chinina. Wpływ jéj na plasmodyja badaliśmy na pięćdziesięciu przypadkach. We wszystkich znikały plasmodyja i ich zarodniki najdaléj w pięć dni od rozpoczęcia jéj zażywania

Bezpośrednie zetknięcie się z niemi rozczynu chininy nawet 0·5% na stoliku ogrzewanym niszczy w kilku sekundach ruchy ameboidowe pasorzyta. Jednakowoż nie jesteśmy zbyt pochopni do uznawania tego doświadczenia za dowód, przekonaliśmy się bowiem, że 2% rozczyn soli kuchennéj znosi również ruchy rozwiniętego pasorzyta.

Odmiennie rzecz się ma z zarodnikami, te bowiem tak samo jak są obojętnemi na wpływ ciepłoty niższéj (w świeżym preparacie na nieogrzanym stoliku, niezmiennie się utrzymują), tak też po jakimś dopiero czasie i to po dodaniu silniejszych rozczynów chininy tracą swoje żywe ruchy.

Podawanie chininy wewnętrzne stwierdza również ten fakt, że zarodniki opierają się działaniu chininy, i że ona działa głównie na rozwinięte pasorzyty śródciałkowe, jeżeli bowiem podamy choremu chininę na trzy lub cztery godziny przed napadem zimniczym, to jest w czasie, w którym się we krwi zarodniki znajdują, to wystąpieniu napadu nie zapobiegniemy, a jeżeli ją zaś zadamy w pewien czas po napadzie, to jest w czasie, gdy młode pasorzyty wśród ciałek krwi napotykamy (w przypadkach czystych, gdzie mamy do czynienia z jedną tylko generacyją w rozwoju będącą) napadu nastąpić mającego zupełnie nie dopuszczamy (Plehn).

Formy półksiężycowe według podania autorów więcéj się działaniu chininy opierają. W téj mierze jednak nie mieliśmy sposobności nabrać doświadczenia, jak to wykazują historyje chorób pięciu chorych, w których krwi owe półksiężycowate postacie pasorzyta występowały.

Również działanie wybitne na plasmodyja posiada błękit metylenu. We wszystkich przypadkach, w których podawaliśmy go jużto podskórnie w dawce 0·10—0·15 dziennie, jużto wewnętrznie od 0·25 do 1·00, dreszcze po jednéj dawce ustępowały, a plasmodyja w pięć do sześciu dni z krwi znikały. Co do form półksiężycowych, to również uważaliśmy, że one pod leku tego działaniem znikały, do tego jednak czasu dłuższego potrzeba.

Czy i o ile lek ten chininie dorównać może i czy napady zimnicy trwale usuwa, na innem miejscu późniéj wspomnieć zamierzamy, dziś zaznaczamy to, że preparat chemicznie czysty (używaliśmy preparatów Mercka) żadnych ubocznych objawów ani też następstw ujemnych nie wywołuje. W przypadkach lżejszych tak chinina, jak i błękit metylenu znosiły po jednéj dawce napady zimnicze zupełnie a plasmodyja w dwóch dniach ginęły. W cięższych przypadkach uważaliśmy, iż napad wybitny w czasie, w którym powinienby się był pojawić, wprawdzie nie wystąpił, lecz stwierdzono podniesienie się ciepłoty a przed temże podniesieniem się liczniejsze występowały pasorzyty.

Z innych leków zauważyliśmy, że antipiryna i antifebryna znosiły w kilku przypadkach napady, lecz one w dwóch tylko przypadkach się nie wróciły (samouleczone?), w innych zaś po niedługim czasie ponownie wystąpiły. W tych ostatnich przypadkach utrzymywały się pasorzyty w krwi w skąpéj ilości (przedewszystkiem w czasie wystąpić mającego dreszczu).

Salicylan sodowy i kwas salicylowy podawane wewnętrznie również albo na plasmodyja zupełnie nie działają lub też żywotność ich tylko na krótki czas upośledzają.

Podając w niniejszéj rozprawce wyniki naszych badań nad plasmodyjum zimniczem sądzimy, że nie spotkamy się z żadnéj strony z zaprzeczeniem temu twierdzeniu, że wykrycie obecności tego pasorzyta we krwi ma znaczenie bardzo wielkie nie tylko w kierunku rozpoznawczym, lecz również w kierunku terapeutycznym i prognostycznym.

Wykrycie jego we krwi jest bardzo łatwem, jeżeli się posiada mikroskop dobry, z doskonałą soczewką imersyjną, a co jeszcze lepszem z imersyją „apochromat“; nie wymaga żadnych przygotowań, gdyż przy jakiéj takiéj wpra-

wie na prędce bez barwienia uskutecznić się daje. Dopiero po stwierdzeniu ich istnienia w danym przypadku można dla dokładności posłużyć się badaniem krwi barwionéj.

Ważność rozpoznawcza plasmodyjum jest wielka, przy jego bowiem obecności we krwi nie ma wątpliwości najmniejszéj o zimnicy, a przy braku jego jesteśmy w możności z wszelką kategorycznością sprawę zimniczą wykluczyć. Nadto jesteśmy w stanie opierając się na ich ilości, postaci, na obecności zaroduików, oznaczyć formę, ciężkość i przebieg sprawy zimniczéj.

Pod względem terapeutycznym, wykrycie plasmodium zimniczego, ma nader wielkie znaczenie, służyć bowiem może tak za wskazówkę, jak i za kontrolę leczenia; jako skazówkę dla tego, że nakazuje nam podawać środek przeciw zimnicy, jak dotąd najdzielniejszy t. j. chininę i poucza nas, kiedy chinina podaną być może. Doświadczenia bowiem wykazały, że chinina działa li tylko na rozwinięte, śródciałkowe pasorzyty, a że zarodniki jéj się opierają. To też podanie chininy tam gdzie mikroskop wykazał, że sporulacyja już się rozpoczęła lub nawet odbyła, nie ma celu, albowiem napadowi zimniczemu nie zapobieży. Najodpowiedniejszem jest podanie chininy w jakiś czas po napadzie, kiedy we krwi wykazać można dojrzałe śródciałkowe ameby.

Za kontrolę leczenia służy plasmodyjum dla tego, że zapobiega podawaniu chininy w przypadkach, gdzie mimo pozornego wskazania, podawanie jéj przy nieobecności plasmodium we krwi jest zupełnie niepotrzebnem, lub też w przypadkach, w których chinina dłużéj zażywana plasmodyja usunęła i przez to stała się zbyteczną.

IV. Uwagi nad leczeniem w Sanatoryjach dla chorych na gruźlicę płuc.

Napisał

Dr. M. Jaworski,

profesor w Uniwersytecie Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 19.)

Przeważna część chorych, zwłaszcza młodych, których posyłamy w uzdrowiska klimatyczne, zapomina zupełnie o życiu higieniczném i zachowuje się tak, jakby nie dla leczenia, lecz jedynie dla rozrywek opuścili dom rodzinny. Zabawy, tańce, gry hazardowne trwają do późnéj nocy; przez całe dnie niepogodne i wieczory przebywają mężczyźni w kawiarniach i piwiarniach, przepełnionych pyłem i dymem tytoniowym. Bezmyślne wspinanie się po stromych szczytach gór, wiosłowanie po jeziorach, sankowanie, łyżwowanie, wycieczki karkołomne nawet kilkudniowe odbywają się bez względu, czy stan zdrowia na to pozwala czy też nie: o wypoczynku, wygodach, należytém żywieniu w czasie tych wycieczek nie ma mowy. Można nie tak rzadko między wycieczkującymi napotkać i takich, którzy do 39° gorączkują. Tego rodzaju nadużyciom może tylko leczenie zakładowe zapobiedz, gdyż tylko w zamkniętym zakładzie ma lekarz w swéj mocy, zapędy chorych miarkować i na rozrywki stosownie do stanu choroby pozwalać. Dla młodych i nierozważnych osób jest sanatorium jedyném miejscem, w którém oni klimatycznego leczenia z korzyścią używać mogą.

Pobyt w miejscach klimatycznych otwartych, zwłaszcza we włoskich, ma tę dla chorego niekorzystną stronę, że tenże bez żadnego racyonalnego powodu, a zwykle z kaprysu lub namowy innych, swój pobyt ciągle zmienia, a ostatecznie nie tam się umieszcza, gdzie jego stan chorobowy się polepsza, lecz tam gdzie się najlepiéj bawi albo wiele osobliwości zwiedzić może; a przeceniając zwykle swój stan zdrowia, te wszystkie zwiedzania przypłaca najczęściej pogorszeniem choroby. Pobyt w sanatoryach temu zapobiega; nadto podaje lekarz zakładowy choremu dyrektywę, kiedy stan zdrowia i pora roku dozwalają powrót do domu przedsiębrać. Jest to zawsze rzeczą bardzo ważną dla wszystkich pacyentów z chorobami narządu oddechowego, kiedy odbywać mają powrót do domu ze stacyj klimatycznych. Już niejeden przez nieoględność w tym względzie stracił wszystko, co przez sezon uzyskał. Faktem jest, że wszędzie w Europie, niewyjmując nawet Neapolu i Malagi, stosunki klimatyczne w marcu są bardzo niekorzystne. A nasze pojęcia o rajskiej wiośnie marcowéj we Włoszech istnieją tylko we wyobraźni. Z końcem marca dopiero rozpoczyna się ustalać pogoda wiosenna na samych krańcach południowej Europy (w Sycylii, Maladze, Neapolu), w połowie kwietnia w środkowych Włoszech (w Rzymie), a z końcem kwietnia we Włoszech północnych (we Wenecyi) i tam jest kwiecień rzeczywiście miesiącem rozkwitu. U nas ustala się wiosna o miesiąc później t. j. dopiero w maju. Stąd wypada, że najmniej na zmianę klimatu chory zostaje narażony, jeżeli tam zostanie przez marzec i kwiecień, gdzie był przez zimę, a w maju dopiero do domu powróci. Podobnie ma się rzecz i z uzdrowiskami wysokogórskiemi. Różnicę w przejściu z rozrzedzonego powietrza do więcej zgęszczonego uczuwa zawsze chory ustrój, a uczuwa ją szczególnie wtedy niekorzystnie, jeżeli powrót do nizin odbywa się nagle i w stosunki klimatyczne niekorzystne, jakie u nas w marcu panują. Stąd też i doświadczenie wykazało, że powrót z uzdrowisk wysokogórskich do nizin najkorzystniej się odbywa w czasie, kiedy wiosna sie ustaliła, a ziemia zielenią się już dobrze pokryła, t. j. w maju. Na tego rodzaju rady lekarskie zważa jednak tylko chory, który nauczył się oceniać wartość i wpływ higienicznego życia w zakładzie leczniczym.

Pominąwszy dalej okoliczność, że hotele nie mogą pomocniczemi środkami leczniczemi, jak leczeniem gimnastycznem, zabiegami wodoleczniczemi i t. p. racyonalnie posługiwać się, weźmy na uwagę przypadki zachorowania w miejscu klimatyczném. Już nieznaczne zaniemożenie, na które chory nie zwraca zwykle uwagi, a które u tego rodzaju chorych może się w następstwach okazać poważném, jak zwiększenie kaszlu, nieżyt nosa lub krtani, kłócie opłucnowe, objawy dyspeptyczne i t. p., stara się lekarz mając chorego w zakładzie stale pod okiem, w samych początkach usunąć. W razie poważniejszego zachorowania, co za różnica między pielęgnacyą chorego w hotelu, który się usiłuje ciężko chorego wszelkiemi sposobami pozbyć, a w sanatoryum na ten cel urządzoném? Jakie moralne uspokojenie dla chorego pozbawionego rodziny, zwłaszcza w obcym kraju, jeżeli widzi, że stale czuwa nad nim lekarz, który równocześnie odgrywa rolę moralnego opiekuna pośredniczącego między nim, a rodziną?

Ostatecznie pobyt chorego w sanatorium okazuje się korzystnym dla niego na całe dalsze życie, bo stanowi szkołę, która go uczy, jak na przyszłość ma się zachować, aby się przy zdrowiu utrzymać. Nadto poznawszy możność przeniesienia, a równocześnie zapobieżenia chorobie, stanie się oględnym w obcowaniu z rodziną, jeżeli laseczników się nie pozbył, a w razie wyzdrowienia będzie tém więcéj uważał

na zachowanie czystości, aby on i jego rodzina takowych nie nabyli. Tém samém przyczyni się pośrednio do tak pożądanéj profilaktyki higienicznéj przeciw gruźlicy płuc.

Z tego, co się dotąd powiedziało okazuje się również, że korzyści, które chorzy ze sanatoryów odnoszą, zależeć będą nie tylko od urządzenia takowych, ale w znacznéj części od osobistości kierującego lekarza. Do tak trudnego a wielce żmudnego zadania, jak zajęcie się całodzienne kapryśnymi zwykle chorymi, zwłaszcza jeżeli zakład jest wielki, nie wystarcza tylko wiedza i dobra wola, ale niezbędne są energia, wytrwałość i cierpliwość w połączeniu z wielkim taktem, jakoteż zamiłowanie i sumienność w pełnieniu obowiązków. Najlepiéj urządzony zakład nie wyda należytych wyników terapeutycznych, jeżeli mu brak osobistości, któraby zdołała wymódz na opornych często chorych spełniania higienicznych i leczniczych przepisów.

Aczkolwiek leczenie gruźlicy płuc w sanatoryach zamkniętych przedstawia na teraz jeszcze najlepsze szanse wyzdrowienia, nie można pominąć téj ważnéj okoliczności, że ono jest przystępne tylko dla zamożnych. Koszta pobytu wynoszą obecnie dziennie 10—15 marek, a leczenie trwa całemi miesiącami, a nawet latami. Nadto rozdziela to leczenie chorego na długi czas od rodziny i zajęcia zawodowego. Koszta jednak o tyle dają się niekiedy zmniejszyć, że chorych można w sanatorium bez towarzystwa pozostawić, nawet młode panny i kobiety chore bywają bez towarzystwa starszéj osoby lekarzowi zakładowemu, a względnie jego rodzinie w opiekę oddawane, na co ogólnie przyjęty zwyczaj nie dozwoliłby, gdyby te osoby miały być pozostawione same w hotelach otwartych. Następnie można część kosztów dla mniéj zamożnych o tyle ominąć, że takowych na pierwszy sezon posyła się do zakładu, by tam poznali urządzenia i życie zakładowe, a w razie potrzeby dalszego leczenia mogli takowe w następnym roku, stosując się do nabytego doświadczenia, po za zakładem przedłużać.

Obecnie i dla téj małéj ilości chorych zamożnych, którąby chciała ze sanatoryjów korzystać, ilość takowych jest niedostateczną. We Włoszech, Francyi i w Anglii znajdują się nad brzegami morza tylko sanatoryja dla dzieci zołzowatych, powstałe z ofiarności prywatnéj. Na lądzie stałym mamy przeważnie w Niemczech i w Szwajcaryji sanatoryja dla chorób płucnych prowadzone według wymogów hygyjeny i dyjeteki lekarskiéj. Idąc według wzniesienia nad poziom morza, znajdujemy następujące ważniejsze sanatoryja:

65 m. Honnef nad Renem (preuss. Rheinprovinz); na 100 chorych; kierownik dr. Meissner.

400 m. Falkenstein pod Frankfurtem nad Menem; na 120 chorych; kier. dr. Dettweiler.

560 m. Görbersdorf na Szlązku pruskiem ma dwa sanatoryja: Jedno zmarłego dra. Brehmera; na 300 chorych; obecny kier. dr. Achtermann. Drugie dra. Römplera.

692 m. Reiboldsgrünn w Saksonii; na 130 chorych; kierownik dr. Driver.

772 m. St. Blasien w Schwarzwald we W. Ks. Badeńskiem; na 50 chorych; kier. dr. Haufe.

1576 m. Davos-Platz we wschodniéj Szwajcaryi; na 65 chorych; kierownik dr. Turban; asystent dr. Pradella. To najwyżéj położone sanatoryjum jest w lecie i w zimie otwarte.

Leczenie suchot płucnych w zakładach zamkniętych jest kierunkiem stosunkowo nowym we ftizioterapii. Wyniki dotychczasowe są zachęcające, gdyż lepsze, niż z każdego innego postępowania. Kierunek ten zasługuje przeto na poparcie ze strony lekarzy. Pomimo to znaczna część obecnych praktyków zajmuje jeszcze w tym kierunku dość obojętne, a przytem dziwne stanowisko. Wypuszcza bowiem chorych ze swéj lekarskiéj opieki a oddaje na los szczęścia hotelierom, na których lekarze zdrojowi zwykle żadnego wpływu nie mają. Tym sposobem bezwiednie sami lekarze przyczyniają się do rozwielmożnienia przemysłu hotelowego zdrojowego, głuchego na wymogi higieniczne i lecznicze, zgubnego dla chorych, a trzymającego w poniżającéj zależności lekarzy zdrojowych. Postęp i wyniki leczenia w uzdrojowiskach mogą się tylko wtenczas polepszyć, jeżeli lekarze na urządzenie takowych i na tryb życia chorych podczas pobytu w nich większy wpływ niż dotąd osiągnąć zdołają. A takowy da się najłatwiéj wywierać przez zakładanie specyalnych zakładów leczniczych, organizując spółki przedsiębiorcze pod kierunkiem lekarzy.

Wobec wielkiéj częstości suchot płucnych powinnyby sanatoryja w stosownych na ten cel miejscowościach w każdym kraju się znajdować; a to w celu, aby leczenie uczynić mniéj kosztownem, a rozłączenie się z rodziną i z krajem mniéj uciążliwem. Szczególniéj należałoby ofiarność prywatną i publiczną pobudzić do zakładania sanatoryów dla suchotników z niezamożnych warstw ludności tak zwanych *ludowych sanatoryów*, którą to sprawą zajęły się obecnie gorliwie gminy: berlińska i paryska. W takich zakładach należałoby obowiązkowo wszystkich chorych z początkową gruźlicą płuc umieszczać. Zajęcie się tą sprawą jest nie małéj wagi, jeżeli się zważy, że społeczeństwo i rodzina tracą siódmą część najpożyteczniejszych swych członków, bo w sile wieku, na tę skrytą chorobę, która jednak w początkowym okresie leczona, daje wyniki zadowalające.

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Lewaszew (Kazań): **O drobnoustrojach duru osutkowego** (tymczasowe doniesienie).

Mając do rozporządzenia większą liczbę chorych na dur osutkowy, który epidemicznie w Kazaniu i okolicy szczególnie ostatniéj zimy występował, przedsięwziął autor liczne badania krwi, którą otrzymywał z punkcyi śledziony strzykawką Pravaza oraz z palca. L. zwraca uwagę, że do badania drobnowidowego należy brać bardzo małe kropelki krwi i posługiwać się silnemi powiększeniami. Przeglądając pod mikroskopem kropelkę krwi pochodzącéj z śledziony chorego na dur osutkowy, znajduje się w niéj między ciałkami czerwonemi krwi drobne, okrągłe twory, silnie łamiące światło, które stosownie do ustawienia mikroskopu są ciemne, jasne lub mocno lśniące. W świeżych preparatach twory te okazują energiczne ruchy, nie wprawiają jednak w ruch ciałek czerwonych, prawdopodobnie z powodu drobnych swych wymiarów.

Im dłuższy czas upływa od chwili wzięcia krwi z chorego, tem ruchy stają się powolniejsze, a po pewnym czasie znikają zupełnie. Niekiedy zauważa się w tworach opisanych ziarnka czarnego barwika, który L. uważa za zmieniony barwik krwi. Badając dokładnie te twory, dostrzega się, że jeden z ich biegunów się wydłuża i przechodzi w cieniutką, mniéj lub więcéj długą nitkę poruszającą się szybko w wszystkich kierunkach. Niekiedy pojawiają się także wolne nitki.

Jakkolwiek badanie wykazuje obecność 3 postaci drobnoustrojów i koków, koków z nitkami i samych nitek (*spirochaeti*), L. przypuszcza, że są to różne postacie tych samych mikrobów. Podczas opadania gorączki, a czasem jeszcze przed niem, ilość tworów się zmniejsza, a ich ruchy są powolniejsze. We krwi otrzymanéj z palca mikroby znajdują się nie zawsze i w znacznie mniejszéj ilości. Przeszczepiając krew na surowicę agarową, otrzymał L. po 24 godzinach w głębszych warstwach pożywki obłoczkowate hodowle, które pod mikroskopem występowały jako czyste mikrokoki. Autor nadal postępuje w swych badaniach i ogłosi wyniki z tychże po ich ukończeniu. (*Deut. med. Wochensch.* 1892. Nr. 31.) *Dr. Beck.*

Patologija.

V. Gascuel (Paryż): Przyczynek do nauki o malum perforans.

Prace ostatniego dwudziestolecia w sprawie *malum perforans pedis* wykazały, że nie należy choroby téj pojmować jako jednostkę chorobową, lecz jako objaw często zapowiadający chorobę ciężką. Autor przepatrzywszy dokładnie całą literaturę odnośną ostatnich lat dwudziestu, zestawia choroby, w ciągu których objaw ten był spostrzeganym; mianowicie zauważano go w uwiądzie rdzenia, cukrówce, alkoholizmie, nerwicach różnych, wreszcie w *paralysis generalis*. Jakkolwiek zmiana ta pod wpływem leczenia ustępuje, to jednak każe zawsze spodziewać się możliwych nawrotów. (*Gaz. médic. de Paris.* 1892. Nr. 11.) *Dr. Wachholz.*

Choroby skórne i weneryczne.

Paschkis (Wiedeń): O tatuowaniu skóry celem tworzenia brakującego barwika.

Tatuowanie, było dotychczas przedmiotem, którym tylko zajmowali się antropologowie i podróżnicy. W dziedzinie medycyny praktycznéj korzystali z tego sposobu najpierw okuliści, zapuszczając barwik w rogówkę. Autor wpadł pierwszy na myśl stosowania tatuowania w przypadkach braku barwika w niektórych okolicach skóry, które w prawidłowym stanie zawierają barwik. Tatuuje się zazwyczaj za pomocą kilku igieł, związanych na końcu patyczka w ten sposób, iż końce ich tworzą równą płaszczyznę. Pędzel ten iglasty wbija się na 1 milimetr w skórę przez co tworzą się małe w niéj otworki. Następnie powleka się to miejsce zapomocą zwyczajnego pędzla farbą, która wnika w otworki. Po pewnym czasie zmywa się resztę farby wodą. Skóra obrzęka, powstają strupy, a po ich odpadnięciu skóra zostaje stale zabarwioną. Jako barwika używają plemiona mające zwyczaj tatuowania się tuszu, sadzy, węgli drzewnych, lub cynobru; ten ostatni nie jest dla ustroju obojętny a nadto wywołuje zazwyczaj silny ból. W celach leczniczych musimy użyć środka o barwie podobnéj barwy skóry. Autor używa w tym celu farb malarskich, jednakże zwraca uwagę na to, żeby nie zawierały ołowiu. Tak miejsce tatuowane jakoteż i igły należy zmywać płynem przeciwgnilnym, by nie sprowadzać zakażenia. Ból jest bardzo mały a obrzmienie skóry znika w przeciągu dni kilku. W ten sposób zabarwił autor w celach kosmetycznych, zwłaszcza u kobiet, barwą naturalną ciała ludzkiego blizny szpecące, *angiomatu, naevi, leutigines, chloasmata* etc. Do każdego tatuowania należy oczywiście dobrać inną farbę, od barwy reszty ciała zależną.

Tak więc dzięki Paschkisowi, znanemu pracownikowi w dziedzinie kosmetyki skóry, na pociechę rodu niewieściego, zwyczaj barbarzyński narodów dzikich znalazł zastosowanie praktyczne. (*Wr. m. Woch.* Nr. 4, 1892.) *Dr. Mendelsburg.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 6 kwietnia 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło — Członków obecnych 53.

Odczytany protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto. 1) *a*) Kol. Prezes odczytuje pismo zeszłorocznego prezesa kol. Głuzińskiego na ręce komitetu przesłane, w którem prof. Głuziński dziękuje komitetowi i członkom Towarzystwa „za zaszczycenie go ucztą koleżeńską w uznaniu jego urzędowania“. *b*) Następnie zawiadomił członków o rekursie wniesionym do Dyrekcyi Skarbu w sprawie zapłacenia ekwiwalentu

2) Przedstawił z ramienia komitetu na nowych członków Tow. koll. Drów: Hermana Hirscha, Ludwika Katyńskiego, Bolesława Madejskiego, Wiktora Słapę, Stefana Schönguta. Koll. ci otrzymali po 35 głosów na 35 głosujących.

3) Kol. Sroczyński przedstawia: *a*) Chorego z kliniki chorób ocznych, u którego wydobyto za pomocą elektromagnesu odłamek żelaza, który wpadł do oka i znajdował się w ciałku szklanem. Bystrość wzroku była przytem prawie w całości zachowana. Prelegent stwierdza, że w takich przypadkach można zwykle rozpoznać ciało obce za pomocą wziernika, a ostrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem atropiny. Co do statystyki operacyj wydobycia odłamka żelaza za pomocą elektromagnesu podaje, iż wszystkich znanych w literaturze operacyi jest 154. Omawia w końcu rokowanie i stwierdza, że jest ono najlepsze w świeżych przypadkach, a operacyja wcale wykonać się nie da, gdy odłamek wklinuje się w twardówkę lub gdy ciało obce jest otorbione. *b*) Drugi przypadek przedstawiony przez kol. Sroczyńskiego dotyczy choréj, u któréj wcześnie rozpoznano za pomocą wziernika nowotwór, a mianowicie *Melano-sarcoma corporis ciliaris.* Rozpoznanie u tym przypadku ułatwiła w znacznym stopniu plamka ciemna na zewn. i w górę od rogówki się znajdująca i już gołem okiem widzialna. Chora ta utraciła już dawniéj jedno oko, rokowanie przeto w obec podwyższonego ucisku śródocznego i rozpoznanego nowotworu było jak najgorsze. Bystrość wzroku szybko bardzo malała, skoro chora w chwili przyjęcia do kliniki miała bystrość wzroku $^6/_{36}$ a obecnie tylko $^1/_{10}$. Prelegent omawia pokrótce dyjagnostykę i przebieg tego rodzaju nowotworów ciałka rzęskowego, przyczem można 3 okresy choroby wyróżnić: w pierwszym obok objawów podmiotowych wykazać można wziernikiem oderwanie siatkówki o powierzchni gładkiéj, w drugim zwiększenie ucisku śródocznego, w trzecim zaś przebija nowotwór twardówkę i szerzy się w sąsiednie tkanki. Rozpoznanie niekiedy bywa trudnem, jakkolwiek w tym przypadku było łatwe.

W dyskusyi nad drugim przypadkiem przez kol. Sroczyńskiego przedstawionym, zabiera głos kol. prof. Rydel i wskazuje trudności, z jakiemi okulista w tych razach ma do walczenia, raz z określeniem choréj jéj rzeczywistego stanu, drugi raz z właściwem leczeniem, mianowicie w tym przypadku, gdzie chora już jedno oko dawniéj utraciła, a dziś zajęte jest drugie złośliwym nowotworem. Rokowanie jest zupełnie jasne, t. j., z wyłuszczeniem gałki dotkniętéj nowotworem wątpliwe a bez wyłuszczenia złe. Dla oszczędzenia saméj choréj jest mówca zdania, aby w tym razie kilkanaście tygodni poczekać, aż chora zupełnie ociemnieje i potem dopiero wyłuszczyć gałkę, opierając się na doświadczeniu, iż przerzuty nowotworu do wątroby, a z tem i niepomyślne zakończenie sprawy nowotworowéj trwają niekiedy dość długo, bo w przypadkach prof. Rydla upłynęło raz 7 lat od chwili rozpoznania nowotworu w oku, drugi raz 11 lat aż do przerzutów w innych organach i do śmierci. Na czekaniu zyskuje przedewszystkiem lekarz, oszczędzając sobie przykrość wypowiedzenia choréj całéj prawdy i unikając niepewności, czy namawiać chorą do enukleacyi czy nie, chora zaś nie tylko nie nie traci, ale owszem zyskuje kilkanaście tygodni widzenia przynajmniéj jednem okiem.

Kol. Obaliński zgadza się z zapatrywaniem kolegi Rydla.

Kol. Rydygier sprzeciwia się twierdząc, iż obowiązkiem lekarza jest całą prawdę choremu powiedzieć, bo z każdym tygodniem widoki co do recydywy stają się gorsze, rozstrzygnięcie zaś, czy operować zaraz, radzi zostawić saméj choréj.

Kol. Sroczyński zaznacza, że wiek choréj pozwala przypuszczać, że w obec powolnego przebiegu sprawy przerzu-

towéj nie jest wykluczoną możność, iż chora się nie doczeka przerzutu.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. Rydygier, Mars i Rydel.

4) Kol. Obaliński przedstawił rzadki bardzo przypadek chorobowy, który też z tego względu będzie drukiem ogłoszony; pokazał przytem rysunek przedstawiający stan chorego w chwili przyjęcia go do szpitala na oddz. chirurgiczny. U młodego mężczyzny znajduje się w okolicy mięśnia piersiowego większego, po stronie prawéj, nowotwór płaski o brzegach wypuklonych, mających kształt kiełbasowaty po wierzchu pozbawionych częściowo przyskórka; guz jest twardy wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Obraz dzisiaj jest już nieco zmieniony, gdyż nowotwór wśród obserwacyi powiększa się tak, że przestrzeń skóry prawidłowéj w środku pierwotnie większa do chwili obecnéj się zmniejszyła. Prof. Obaliński nie spostrzegał dotychczas takiego guza, a zwlaszcza takiéj jego postaci. Co do rozpoznania, to myśleć tu można o keloidzie prawdziwym, o sprawie analogicznéj jak na nosie Rhinoscleroma, o Sarcoma, wreszcie o Actinomykozie; zresztą czyni rozpoznanie zawisłem od wyniku badania histologicznego.

W dyskusyi zabiera głos kol. Browicz, oświadczając, iż jest to sprawa nowotworowa, a uważa ją mianowicie za keloid prawdziwy, nie wyklucza jednak Sarcoma, bo keloid prawdziwy może być do niego bardzo zbliżony; obraz mikroskopowy nie jest zupełnie jasny o tyle, że warstwa brodawkowa skóry jest utrzymana, w głębi jest obraz Sarcoma silnie unaczynionego, czego następstwem jest czerwone zabarwienie skóry pokrywającéj guz; pęczki tkanki łącznéj zbite, tworzące sieć wielkookową, odpowiadają keloidowi.

Kol. Zarewicz zwraca uwagę na tę okoliczność, że wał kiełbasowaty do okoła, pozbawiany przyskórka, nie jest rzeczą przypadkową, lecz że toczy się tu sprawa rozpadowa, która zarówno jak i zajęcie tkanki komórkowéj podskórnéj przez nowotwór przeciwko keloidowi przemawiają; co do innéj choroby skórnéj, to *Sclerodermia adultorum*, nie jest ona tak rzadką i z przedstawionym przypadkiem niema nic wspólnego a *Sclerodermia partialis*, opisywana przez niektórych autorów, dotyczy kończyn a nie tułowia; wreszcie oświadcza się za dodatkowem badaniem w kierunku bakteryjologicznym.

Kol. Gluziński sądzi, że jest to *sarcoma*, a wał do okoła jest przypadkowy, zaczerwienie zaś skóry i brak przyskórka są następstwem eczema; mówca przytacza ze swéj praktyki przypadek, gdzie u starego człowieka utworzył się na żebrach guz twardy bardzo szybko rosnący, który uważano pierwotnie za Aktinomykozę, czego jednak mimo dokonanéj resekcyi stanowczo nie rozstrzygnięto, poczem w jakiś czas wystąpiły przerzuty mięsakowe. Mówca jest za usunięciem guza drogą operacyjną.

Kol. Rosner (starszy) zgadza się z tym, że forma jest bardzo rzadka; myśleć tu można o aktinomykozie, o keloidzie, o *sarcoma* i *sclerodermii*. Aktinomykozę wyklucza, gdyż nie było ropni; keloidów tak wielkich rozmiarów nigdzie nie opisano; jako guzy nie przekraczają one wielkości jabłka; przeciwko *sclerema* przemawia umiejscowienie, dalszy przebieg a nadto okoliczności, że występuje w formie pręg; przez wykluczenie więc należy przypuścić *sarcoma*, za czem zresztą przemawia fakt, że mamy do czynienia z guzem ściśle ograniczonym bez poprzedzających objawów zapalnych a mimo, że badanie histologiczne tego stanowczo nie potwierdziło, określa mowca guz ten jako *sarcoma* ze złośliwym przebiegiem.

Kol. Rydygier zaznacza, że przypadek byłby zupełnie jasnym, gdyby nie ten kiełbasowaty wał, który czyni tę formę *sarcoma* rzadką. Badanie histologiczne zresztą nie wyklucza *sarcoma*, a nic przemawia tylko ściśle za *sarcoma* okoliczność, że nie sięga do powierzchni skóry. Po zamknięciu dyskusyi przedstawia:

5). Kol. Browicz dziewczynkę z *pneumatocele supraauricularis*, 12 lat liczącą, z kliniki prof. Rydygiera. Tuż ponad małżowiną ucha lewego znajduje się guz jajowaty, osią dłuższą poprzecznie ułożony, długości 10 ctm., szerokości 5 ctm. mający, który miał powstawać powoli przed 5 miesiącami, bez wiadoméj przyczyny. Skóra guz pokrywająca prawidłowa, guz nie bolesny, chełbocący, przy ugniataniu niekiedy trzeszczenie wykazać się daje. Prawie na całym obwodzie guza wymacać można brzeg a raczéj wał kostny. Badanie ucha wykazuje zwężenie przewodu zewnętrznego, wskutek wypuklenia skóry pokrywającéj górną ścianę przewodu tak, iż wskutek tego tylko tylny i dolny odcinek błony bębenkowéj jest widoczny. Słuch nieznacznie upośledzony odpowiednio do stopnia zwężenia przewodu, zresztą stan ucha środkowego prawidłowy. W jamie nosogardłowéj badanie wziernikowe nie wykazuje zboczeń. Po nakłuciu guza z szelestem uchodzi powietrze, żadnéj treści płynnéj nie ma, guz znika, o ile wał kostny na to zezwala, toż samo prawie zupełnie zwężenie przewodu zewnętrznego. Po próbie Valsalwy powraca stan pierwotny tak przez małżowinę, jakoteż w przewodzie zewnętrznym. Mamy więc do czynienia z guzem powietrznym, t. zw. *pneumatocele*. Stany takie najczęściéj ponad wyrostkiem sutkowym powstają wskutek dostania się powietrza z jamy bębenkowéj pod okostnę a względnie skórę. Powodem do tego bywa np. forsowne siąkanie, kichanie lub uraz zewnętrzny a podstawą budowa kości skroniowéj, która mianowicie ze względu na rozległość i rozwój przestworów powietrznych około jamy bębenkowéj znajdujących się przedstawia bardzo znaczne i częste różnice indywidualne. Niekiedy we wszystkich częściach kości skroniowéj przestwory powietrzne są bardzo znacznie rozwinięte, a nawet sięgają w kość potyliczną i komunikują z jamą bębenkową. Nadto w zewnętrznéj blaszcze istoty kostnéj znajdować się mogą szczeliny, przez które powietrze dostać się może pod okostną lub skórę, albo też blaszki takie są nader cienkie tak, iż pod naciskiem palca gną się i łatwo po urazie pękają. W celu usunięcia guza powietrznego wskazane jest przecięcie powłok, a raczéj ścian guza powietrznego i ucisk w celu wywołania przyrośnięcia oddzielonéj okostny.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

VII. Listy z Paryża.

I.

Paryż d. 28/III 1892.

Wolałbym może przesłać jakiś „przyczynek“ dotyczący działu dermato- lub syfilidologii, niż ograniczyć się do méj korespondencyi, w któréj chcę się podzielić z szanownymi czytelnikami tem, co sam widziałem w tutejszych szpitalach, klinikach, zakładach naukowych, o ile opis takowych ze względu na pewne odrębne szczegóły, dotyczące ich urządzenia, materyjału, terapii w najogólniejszem znaczeniu, może budzić pewne zainteresowanie. Zacznę od szpitala św. Ludwika dla chorób skórnych, który miałem sposobność dosyć dokładnie poznać, pracując w nim od dwóch miesięcy. Obszerny ten jednopiętrowy gmach z kamienia ciosowego w kształcie czworoboku zbudowany, położony jest przy ulicy Bichat. W około otoczony murem, do którego od wewnątrz przytykają zabudowania, mieszczące: muzeum, biblijotekę, biura szpitala, pralnie i t. p. W obrębie czworoboku znajdują się cztery ogrody dla chorych. Porządek i czystość wszędzie wzorowe, począwszy od sal chorych, skończywszy na podwórzach.

Szpital cały podzielony jest na sześć „service“, co odpowiada naszym oddziałom. Do każdego z nich należą dwie sale: jedna dla mężczyzn, druga dla kobiet w łącznéj sumie mniéj lub więcéj 80 łóżek tak, że w całym szpitalu mieści się około 500 łóżek. Każda z sal nosi swoją nazwę, jak n. p. „salle Devergie“, „Cazenave“ i t. p. Przy każdem z łóżek znajdują się zasłony z białego płótna, przesuwalne po drutach z pewnéj wysokości nad łożkiem i do niego umocowanych, które pozwalają choremu stworzyć dla siebie rodzaj separatki, Sale są obszerne, dobrze wentylowane, jasne. Co do służby szpitalnéj, to w każdéj sali jest „mère“ i „infermiere“, t. j. posługaczka w salach kobiet, posługacz w salach mężczyzn. Podział czynności im przydzielonych jest ten sam co i u nas. „Infermieres“ prawie bez wyjątku, to okazy patologiczne chorób skórnych przewlekłych jak: *lepra lupus, psoriasis* i t. p. Prymaryjuszami sześciu wspomnianych od-

działów są: prof. Fournier i Drowie: Besnier, Hallopeau, Quinquaud, Ducastel i Tenesson. Oddział, którego prymaryjuszem jest prof. Fournier jest zarazem „Clinique de la Faculté“. Palmę pierwszeństwa jako syfilidolog dzierży Fournier, jako dermatolog Besnier, za nim idą Hallopeau i Quinqueaud, wreszcie dwaj ostatni jako dermatologowie „*minorum gentium*“. Przyczyną tego, że nie każdy z prymaryjuszów oddziału jakichkolwiek chorób, nie jest z działem tych chorób więcéj obznajmiony niż w którymkolwiek innym, leży w błędnéj poniekąd organizacyi, dotyczącéj karyjery lekarza. — Stosunki pod tym względem są tak odrębne, że sądzę, iż szanowni czytelnicy nie wezmą mi za złe, jeżeli choć w krótkości coś o nich napiszę. Dwojaka jest droga, która prowadzi do osiągnięcia stopnia Dra medycyny. Jedna za krótka, bo nią idąc można już w przeciągu 4½ lat uzyskać tytuł i prawa wykonywania praktyki lekarskiéj; druga za dluga, bo wymaga mniéj lub więcéj lat 8—9, przy pilnych studyjach „*ceteris paribus*“. Wybór zależy prawie wyłącznie od środków materyjalnych dotyczącego, brak takowych zmusza go obrać drogę pierwszą, w przeciwnym razie, jeżeli nie zbywa mu oprócz tego na pilności, obierze drugą. Różnica w dwóch tych odmianach stopnia dra medycyny jest znaczną, bo podczas kiedy rodzaj pierwszy daje prawo tylko wykonywania wolnéj praktyki, nic po za to, rodzaj drugi upoważnia do osiągnięcia „prymaryjatu“, a przy pewnéj modyfikacyi do habilitowania się czyli karyjery uniwersyteckiéj. Kto obrał drogę krótszą, uczęszcza przez lat cztery na wykłady, kliniki i t. d. (wszystko bezpłatnie). W ciągu tego czasu składa 4 egzamina, co upoważnia go po upływie tych 4 lat do złożenia sześciu dalszych egzaminów, do których może przystępować co 2 tygodnie. Ze złożeniem ostatniego egzaminu osięga prawo „wolnéj praktyki“.

Droga dłuższa jest więcéj krętą, skomplikowaną, wymaga dużo zasobów pieniężnych i jeszcze więcéj protekcyi. W krótkości przedstawia się ona tak: po ukończeniu pierwszych 2 lat studyjów medycznych i złożeniu egzaminu, który odpowiada naszemu I. rygorozum, dotyczący słuchacz staje jako kandydat rozpisanego konkursu na posadę t. zw. „externe“, t. j. rodzaj asystentury przy boku prymaryjusza lub profesora kliniki. Konkurs ogłasza n. p. 200 miejsc do obsadzenia, kandydatów zaś zgłasza się 600; protekcyja zwykle rozstrzyga o wyborze. Wynik pomyślny przy takim konkursie upoważnia do pozostawania przez lat trzy „externe“, co rok jednak musi zmieniać oddział chorób. Po upływie tego trzechlecia staje znów pomieniony jako kandydat takiegoż samego konkursu na „externe“. Jeżeli wynik pomyślny, to znów zostaje mianowanym „externe“ na drugie trzechlecie z temiż samemi warunkami, co w trzechleciu pierwszem. Tak więc w ciągu tego sześciolecia może przestudyjować oddziały wszystkich chorób (płaca takiego „externe“ waha się w granicy od 3—600 fr. rocznie!). Ale to jeszcze nie koniec. Rozpisano konkurs ale już na „interne“ (wyższy stopień), nasz kandydat znów doń staje. Jeżeli mu „fortuna“ sprzyja, zostaje mianowany „interne“ i jako taki zostaje w charakterze I. asystenta przydzielony do boku którego z prymaryjuszów, (przy wielkich protekcyjach) profesora kliniki. Jako taki zostaje rok lub 2 lata, aby w ciągu tego czasu złożyć egzamina, opracować „tezę“ i osiągnąć stopień „*médecin de l'hôpital*“ upoważniający go, jak wspomniałem, do osiągnięcia prymaryjatu, względnie karyjery uniwersyteckiéj. Prymaryjatu takiego nie dostaje zaraz, bo jak to mówią „po starszeństwie na gałęź“. W końcu kiedy kolej nań przyjdzie, dostaje prymaryjat naturalnie na tym oddziale chorób, na którym tenże jest do obsadzenia, bez względu na to, czy w ciągu swéj karyjery jako „externe“, „interne“ téj gałęzi chorób więcéj się poświęcał lub nie. Ztąd to właśnie pochodzi, że n. p. Ducastel i Tenesson nie są dermatologami z fachu, o ile dopiero od krótkiego czasu są prymaryjuszami wspomnianych oddziałów.

Do boku każdego z prymaryjuszów przydzielonych jest kilku „externes“ i jeden „interne“, tylko na oddziale prof. Fourniera t. j. klinice, jest jeden ukończony dr. medycyny „chef de la clinique“, osobno „chef de laboratoir clinique“ dla badań bakteryjologicznych i mikroskopowych (dla wszystkich oddziałów). Integralną częścią szpitala jest t. zw. „salle d'épilation et opérations dermatologiques“ wspólna dla wszystkich oddziałów i w różnych dniach tygodnia różni prymaryjusze zajmują się w tejże leczeniem chorych, dotkniętych cierpieniami w zakres powyższy wchodzących. „Cours d'épilation“ prowadzi prawie wyłącznie Dr. Besnier. Liczba chorych z *lupus, tuberculosis cutis* jest duża, bo codzień przychodzi ich około 50. Nawiasowo wspomnę, że w leczeniu *lupus* używają przedewszystkiem: skaryfikacyj, po nich galwanokauteru, lapisu i *emplastrum de Vigo*. Wyniki, przynajmniéj pod względem kosmetycznym (blizny) mają bardzo zadowalające. Działanie „crayon“ potęgują przez natychmiastowe zastosowanie sztabki cynku (kwas azotowy *in statu nascendi*), co jednak dla chorego sprowadza silny ból.

Więcéj ciekawych szczegółów przedstawia poliklinika, która otwartą jest codzień, z wyjątkiem niedzieli. Każdy z 6 prymaryjuszy ma swój „*jour fixe*“, w którym takowa do niego należy. Olbrzymia sala zapełniona ławkami, w których jednym szeregiem siedzą mężczyźni, w drugim kobiety (większość z gazetami w ręku), stanowi poczekalnię, do któréj przylega „salle de la consoltation“. Poliklinika rozpoczyna się około 9½ i trwa do dwunastéj. Jak zawsze pierwszeństwo ma płeć piękna, za nią idą dzieci, w końcu mężczyźni. Za pociągnięciem dzwonka wchodzi piewsze 10 kobiet. Zazwyczaj równocześnie obok prymaryjusza odprawia chorych i jego „interne“. Badanie, rozpoznanie, ordynacyja, odbywa się, naturalnie z wyjątkami, niesłychanie prędko. I nic dziwnego, jeżeli zważy się, że średnio liczba chorych dziennie wynosi od 300—400. Materyjał ten pod każdym względem jest bardzo różnorodny i ciekawy. Na czele chorób maszeruje *acarus scarbiei*, za nim idą wypryski, kiła i t. d. W przeciągu krótkiego czasu można tu widzieć wszystkie choroby skórne w rozmaitych okresach, odcieniach, pomijając już tę okoliczność, że nie ma prawie dnia, w którym nie znalazłoby się cierpienie z rozpoznaniem „*in suspenso*“. Wspomnieć mi wypada, że w nomenklaturze francuskiéj dermatologii panuje pewien zamęt, bo nie dosyć, że jest ona inną od ogólnie przyjętéj i używanéj, ale często jakaś małoznaczna modyfikacyja w obrazie klinicznym choroby stwarza osobną nazwę. Co do urządzenia „ambulatoryjnego“ jest ono takie, że każdy chory dostaje kwit, za okazaniem którego w dotyczącem biurze otrzymuje lekarstwo, a mianowicie: maści, płyny, proszki, pudry wydaje „bureau de médicamentes“, kąpiele, tusze, których jakość oznacza różny kolor kartek, w łaźni szpitala. Przy wypryskach polecają bardzo dużo *bains d'amidon* i *alcalins* (dwuwęglan sodu). Wszystkie lekarstwa, kąpiele i t. d. otrzymują chorzy bezpłatnie, koszta ponosi „Administration générale de l'assistence publique de Paris“. Naturalnie w miarę opróżnionych łóżek pewna liczba chorych codziennie zostaje przyjętą do szpitala.

Nierozerwalną całość ze szpitalem św. Ludwika stanowi muzeum odlewów skórnych. Muzeum to, którego twórcą jest Baretta, śmiało nazwać można arcydziełem sztuki w swoim rodzaju. Mieści ono około 1700 odlewów. Każdy z „moulage“ (odlew), które są umieszczone w oszklonych szafach według alfabetycznéj nomenklatury chorób, opatrzony jest w rozpoznanie, często uzupełnione objaśniającemi uwagami. Wykończenie prawie każdego z odlewów jest tak subtelne, tak odpowiada rzeczywistości, że nie przesadzę jeżeli powiem, iż przypatrując się n. p. stwardnieniu pierwotnemu, czuje się niejako ten naciek, to stwardnienie pergaminowe; na wielu z odlewów jest nawet uwaga: *piece est a examiner a loup*. W tem samem muzeum mieści się zbiór takichże „moulage“ prof. Péana z dziedziny chirurgii. Niestety sposób wykonania tych odlewów jest tajemnicą Baretty, który nikogo do swéj pracowni nie dopuszcza, a drugie, niestety! cena każdego odlewu wynosi mniéj lub więcéj 60 fr.

Do muzeum przytyka obficie wyposażona biblijoteka.

Dla uzupełnienia słów kilka o posiedzeniach „de la Société dermatologique“ i wykładach w szpitalu św. Ludwika.

Pierwsze odbywają się w każdy pierwszy czwartek miesiąca. Na krześle przewodniczącego zasiada stary Lailler, a zwykle nie omieszkają przybyć Hardy, Vidac, Mauriac, wszyscy już weterani. Posiedzenia wypełniają przedstawienia chorych przez prymaryjuszów i ztąd wywiązujące się dyskusyje.

Co do wykładów, które mają miejsce raz na tydzień, to urządzone są tak, że w miarę jak jeden z prymaryjuszów je kończy, drugi zaczyna; prof. Fournier stanowi wyjątek, o ile wykłady jego są stałe. Wstęp wszędzie jest wolny, a tak prymaryjusze jak i ich asystenci są bardzo uprzejmi i chętni w udzielaniu objaśnień, wskazówek, zwłaszcza dla obcych. *Dr. Borzęcki.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 maja. P. Namiestnik zamianował lekarzy powiatowych II. klasy: Dra Antoniego Pietrzyckiego w Brzesku, Dra Antoniego Broniowskiego w Sokalu oraz koncepistę sanitarnego Dra Zdzisława Lachowicza we Lwowie, lekarzami powiatowymi I klasy; asystentów sanitarnych: Dra Feliksa Najedłę w Krośnie, Dra Józefa Kownackiego w Wieliczce, Dra Alojzego Loevyego w Nisku, lekarzami powiatowymi II klasy, oraz asystenta sanitarnego Dra Leona Rosenbuscha we Lwowie, koncepistą sanitarnym, w końcu lekarza pułkowego przy 13 pułku piechoty Dra Józefa Petersa, lekarza pułkowego przy 57 pułku piechoty Dra Józefa Friedberga, oraz lekarzy wolnopraktykujących: Dra Ignacego Januszkiewicza i Dra Włodzimierza Szczepańskiego, asystentami sanitarnymi, przeznaczając Dra Petersa do służby przy starostwie w Dolinie, Dra Friedberga do służby przy starostwie w Jaśle, Dra Januszkiewicza do służby przy starostwie w Pilznie i Dra Szczepańskiego do służby przy starostwie w Rzeszowie; przeniósł zaś lekarzy powiatowych: Dra Adama Krzyształowicza z Doliny do Żółkwi, Dra Alfreda Berggrüna z Żółkwi do Chrzanowa, oraz asystentów sanitarnych: Dra Bronisława Warzyckiego ze Złoczowa do Mielca i Dra Walerego Momidłowskiego ze Lwowa do Tarnobrzega.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych mianowało na nowe trzechlecie od 1 maja 1892 r. do końca kwietnia 1895 r. zwyczajnymi członkami krajowéj Rady zdrowia: lekarza powiatowego w Przemyślu Dra Ferdynanda Cassinę; prof. szkoły położnic we Lwowie Dra Adama Czyżewicza; prymaryjuszów szpitala krajowego we Lwowie Dra Żegotę Krówczyńskiego, Dra Wiktora Opolskiego, Dra Oskara Widmanna i praktycznego lekarza we Lwowie Dra Zygmunta Riegera. Nadto w skład krajowéj Rady zdrowia wchodzi z mocy urzędu swego krajowy referent sanitarny, radca namiestnictwa Dr. Józef Merunowicz. Wydział krajowy zaś mianował delegatami ze swéj strony: dyrektora szpitala św. Zofii we Lwowie Dra Emila Merczyńskiego i prymaryjusza szpitala krajowego we Lwowie Dra Grzegorza Ziembickiego. W d. 6 b. m. zagaił posiedzenie Namiestnik odpowiednią przemową, poczem przystąpiono do ukonstytuowania się krajowéj Rady zdrowia. Przewodniczącym wybrano Dra Czyżewicza, zastępcą Dra Opolskiego; obaj wybrani piastowali te urzędy także w ubiegłem trzechleciu.

* Wyszedł temi dniami zeszyt 11 Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj pod redakcyją prof. Dra Korczyńskiego i zawiera rozprawę Dra Odona Bujwida z Warszawy p. t. „Treściwe uwagi o wściekliźnie i jéj leczeniu według metody Pasteura“. Zeszyt ten zakończa seryję I. rozpraw. Seryję II. rozpocznie rozprawa Dra J. Bogdanika p. t. „Antyseptyka i aseptyka“ poczem nastąpi rozprawa naszego rodaka Dra Ernesta Fingera, docenta dermatologii i syfilidologii w Uniw. wiedeńskim p. t. „O dziedziczeniu kiły“. Prenumerata na seryję II. rozpraw (około 20 arkuszy druku) wynosi 3 złr. Członkowie i prenumeratorowie Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich otrzymywać będą poszczególne zeszyty seryi II. „Rozpraw“ bezpłatnie jako premium za r. 1892.

* Dr. Ludomił Korczyński, gorliwy nasz współpracownik, objął w r. b. obowiązki lekarza zdrojowego w Zegiestowie. Biegły i gorliwy ten lekarz, kształcony w klinice krewnego swego prof. Edwarda Korczyńskiego, zapowiada liczne ulepszenia, mające na celu podźwignięcie tego pięknego i ważnego zdrojowiska. Spodziewać się też wypada, że pod nowem kierownictwem lekarskiem przy dobréj woli Zarządu Żegiestów zajmie pomiędzy zdrojowiskami naszemi stanowisko, jakie mu się słusznie należy.

* W tygodniu 17-ym (od 24—30 kwietnia) było w Krakowie małżeństw 17, urodzeń 58, skonów 52, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 11, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3, z duru plamistego 2, z duru brzusznego 1, z czerwonki 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Dr. Kitasato, który opuścił Berlin, aby objąć kierownictwo zakładu bakteryjologicznego w ojczyźnie swojéj w Tokio w Japonii, otrzymał tytuł profesora pruskiego. — Dyrektor polikliniki we Wrocławiu prof. F. Müller powołany został do Marburga jako zwyczajny profesor i dyrektor polikliniki.

* **Zmarli**: w Berlinie sławny chemik prof. August Wilhelm Hoffmann w 74 roku życia. Zmarły był doktorem medycyny, filozofii i prawa. — W Lipsku znakomity anatom, tajny radzca lek. Dr. Braune, licząc lat 60.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18 maja o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) kol. Obaliński przedstawi przypadek chorobowy; 2) kol. Ludomił Korczyński będzie mieć odczyt „O wynikach podskórnych wstrzykiwań gwajakolu w gruźlicy“.

Sprostowanie. W artykule prof. Dra Pareńskiego i Dra Blatteisa „O plasmodium itd.“ (Nr. 12, str. 139, w. 31 od g.) zaszła pomyłka w recepcie na barwik, wydrukowano bowiem 10 zamiast 100.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się do artykułu Dra Łepkowskiego tablicę z rycinami.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.